

профорієнтації й зайнятості;

6. сприяння обмеженості молодіжної зайнятості у неформальному секторі економіки, а також попередження дискримінації молоді на ринку праці та зростання її безробіття;

7. стимулювання роботодавців до створення нових робочих місць; стимулювання молодіжного підприємництва;

8. удосконалення освітньої діяльності сучасних навчальних закладів задля забезпечення якості надання освітніх послуг;

9. підтримка політики соціального партнерства, коли безробітну молодь заохочують створювати власну справу, надаючи пільги при реєстрації, мікрокредитуванні та забезпечуючи навчання підприємницькій справі та ін.

Важливе значення має створення умов, що сприяють залученню й закріпленню молодих фахівців на виробництві, а саме: гідна заробітна плата й своєчасність її виплати, наявність соціальних гарантій працівнику, можливість просування по службі, рішення житлового питання, прояв ініціативи при проведенні виробничої практики студентів на підприємствах, відродження традицій наставництва на виробництві. Необхідно визнати сферу молодіжної зайнятості пріоритетною складовою соціальної політики держави, тому що молодь – найбільший стратегічний ресурс країни.

Пивоварчук Л. В., асистент
Національний університет водного господарства і природокористування
м. Рівне

ОЦІНКА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ ДЕРЖАВИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Індикатором загального соціального стану країни є демографічна ситуація. За даними державної служби статистики, менш ніж за 20 років чисельність населення України зменшилася на понад 6,5 млн. осіб: з 52 114 400 осіб – 1994р. та 42844900 на початок 2016 року. Стан здоров'я населення України оцінюється як незадовільний, що пов'язано з високим рівнем смертності, низьким рівнем очікуваної тривалості життя і тривалості здорового життя, відсутністю ознак подолання епідемії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто найбільше їх потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медичних послуг, забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я, при цьому враховувати раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я. За умови ефективної організації системи охорони здоров'я можна забезпечити зменшення рівня смертності у віці 75 років на 23 % у чоловіків і на 32 % у жінок [1, с. 10]

Практика, що склалася в Україні, свідчить про відсутність розмежування закладів охорони здоров'я, в яких надається медична допомога різних рівнів, що має не тільки організаційні та економічні наслідки, але й негативно впливає на

якість надання медичної допомоги. Рівні медичної допомоги в Україні зображено на рисунку 1.

Відсутність розмежування закладів різних рівнів надання медичної допомоги та безконтрольне звернення населення до закладів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу призводить до неефективності надання медичних послуг, заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення [2].



Рис. 1. Рівні медичної допомоги в Україні

Первинна медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання пацієнта лікарем загальної практики, що включає профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію пацієнтів. Відомо, що чим нижчий рівень розвитку первинної медико-санітарної допомоги, тим більш витратною є вся система охорони здоров'я [1, с. 185]. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги.

В Україні самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5 %), до стаціонарів — 16,9 % пацієнтів. У результаті рівень обслуговування в 65,9 % випадків не відповідає тяжкості їх стану та перебігу захворювання, у 43,2 % надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях. Низька якість медичної допомоги не призводить до покращення здоров'я населення та призводить до неефективного витрачання бюджетних коштів [3].

В більшості країн первинна допомога становить до 90 % всієї наданої медичної допомоги, а вартість однієї й тієї ж медичної послуги на первинному рівні в 4–9 разів нижча, ніж на вторинному, і в 18 – 24 рази – ніж на третинному [4]. В Україні недостатньо розвинений первинний рівень медичної допомоги, який надається за місцем проживання населення, проте мережа первинної медико-санітарної допомоги розвивається. Так, згідно даних Державної служби статистики, на 10 тис. населення в Україні у 2010 році діяло 4581 заклад, а у 2015 році уже 6095 відповідно (рис. 2).

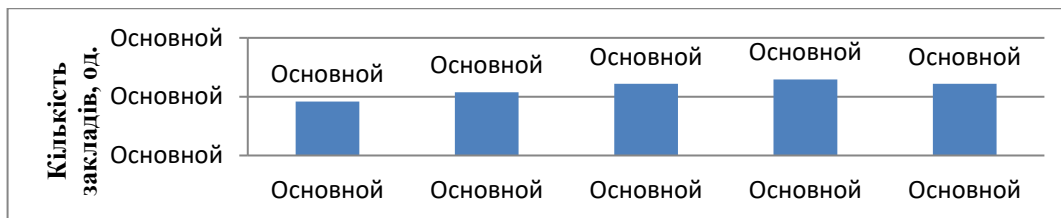


Рис. 2. Динаміка розвитку мережі первинної медико-санітарної допомоги (на 10 тис. населення)

В нашій державі межі між вторинним і третинним рівнями медичної допомоги досить розмиті. Наприклад, за існуючими оцінками, 36 % пацієнтів, госпіталізованих в обласні лікарні для надання їм третинної медичної допомоги, фактично потребували вторинної допомоги. Їх лікування в обласних лікарнях через устаткування закладів більш складним оснащенням має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях [3]. Проте, зазначимо, що причиною цього може бути той факт, що більшість лікарень вторинного рівня не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам через зношеність основних фондів.

Одним із ключових факторів, які визначають ефективність функціонування охорони здоров'я є кадрове забезпечення. Ефективна кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я. Аналіз кадрових показників системи охорони здоров'я України за 2005-2014 рр. свідчить про тенденцію скорочення абсолютної чисельності лікарів та середнього медичного персоналу. Це відбувається на тлі зменшення загальної кількості населення і, як наслідок, відображається на динаміці показників у розрахунку на 10 тис. населення [1, с 121].

Українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи. Дефіцит кадрів, передусім у первинній ланці загалом та сільській місцевості. Спостерігається зростаюча і некерована міграція медичного персоналу. Загалом, у сфері охорони здоров'я частка працюючих лікарів-пенсіонерів складає 23%, лікарів передпенсійного віку – 15%, а питома вага пенсіонерів серед працюючих середнього медичного персоналу становить 68% [3, с. 20].

Таблиця 1

Динаміка показників кадрового забезпечення в галузі охорони здоров'я

Показники	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Абсолютне відхилення 2014/2005
Забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей	47,9	49,3	49,3	47,9	48,0	43,5	-4,4
Забезпеченість населення середнім медичним персоналом	106,2	102,4	101,0	97,2	97,4	88,6	-17,6

Відповідно до статистичних даних, в Україні співвідношення між кількістю середнього медичного персоналу та лікарями становить 2:1, тоді як в Канаді і США – 4:1, що суттєво впливає на підвищення вартості медичних послуг.

Рівень забезпеченості лікарями по Україні, на перший погляд, досить високий – 31 на 10 тис. населення, що майже дорівнює середньоєвропейському показнику (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник вказує забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні цей показник включає також організаторів охорони здоров'я, методистів, санітарних лікарів і вчених [5].

Отже, у сфері охорони здоров'я спостерігаються кадрові диспропорції серед лікарів та середнього медичного персоналу, а також значна кількість працівників пенсійного та передпенсійного віку. В Україні розвинений лише клінічний тип медицини і майже не проводяться профілактичні заходи, спрямовані на попередження збоїв роботи людського організму. Фінансування охорони здоров'я спрямовано в переважній більшості на вторинний та третинний рівні медичної допомоги, що призводить до неефективного використання бюджетних коштів.

Література

1. Квіташвілі О. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. – К.: МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2015. – 460 с.
2. Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації./ Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень. – К., 2010. – 21 с.
3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – 43 с.
4. Базилевич В. Д. Економічна теорія: Політекономія. Підручник. Київ: Знання-Прес 2004. – 615с.
5. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>

Плинокос Д.Д., канд. екон. наук, доцент

Снітко С.І., студент

Запорізький національний технічний університет
м. Запоріжжя

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОЦЕСІВ ІНВЕСТИВАННЯ В ЛЮДСЬКИЙ КАПІТАЛ В УКРАЇНІ

Людський капітал формується за рахунок інвестицій у підвищення рівня і якості життя населення, що передбачає здійснення фінансових витрат на освіту, науку, виховання, охорону здоров'я, розвиток підприємницьких здібностей, економічну і соціальну безпеку, свободу, культуру тощо.

Основними чинниками, які стримують розвиток галузі охорони здоров'я, є недостатні обсяги державного фінансування та високий рівень корупції. Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні, за даними національних рахунків, коливаються в межах 5,5–6,5 % ВВП. Такі показники характерні для країн Східної та Центральної Європи.